

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	ALCIVAR	EDISON ALY	15	11	1979	45 años, 11 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309721254	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN FELIPE y	099-762-6137 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo			Distrito/Area		
MSP	1309721254	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:						Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Traumatología - Brigada Médica externa ONG		2025	10	23
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 45 AÑOS, SIN ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS NI QUIRÚRGICOS RELEVANTES, ACUDE POR CAÍDA DESDE SU PROPIA ALTURA MIENTRAS JUGABA FÚTBOL. REFIERE DOLOR E INFLAMACIÓN EN MANO IZQUIERDA POSTERIOR AL TRAUMA. TRAE RADIOGRAFÍA DE LA MANO AFECTADA, EN LA CUAL SE EVIDENCIA FRACTURA DESPLAZADA DEL METACARPO DEL QUINTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA. AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA EDEMA LOCALIZADO, DOLOR A LA PALPACIÓN Y LIMITACIÓN FUNCIONAL EN LA REGIÓN AFECTADA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX: FRACTURA DESPLAZADA DEL METACARPO DEL QUINTO DEDO DE LA MANO IZQUIERDA
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
FRACTURA DE OTROS HUESOS METACARPANOS	S623		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-23	09:28	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	



III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-23	09:28	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	